

# Interaktion, instruktion og patientuddannelse for kronisk sygdom

**Tine Larsen**

*Ph.d. i Medier, Teknologi og Social Interaktion. Cand.mag. i Lingvistik. Forskning inden for samtaleanalyse med særligt fokus på institutionel interaktion og anvendt samtaleanalyse. Ansat som post.doc. på forskningsprojektet: Social Objects for Innovation and Learning (SOIL) ved Institut for Design og Kommunikation, Syddansk Universitet.*

## Abstract

The use of health technologies for self-management of chronic disease has in recent years become increasingly common in Denmark. At the same time, disease-specific patient educations have been created to ensure that patients possess the knowledge and skills necessary to assume the daily responsibility for their own disease. While prior research mainly has sought to document socio-economic and treatment-related benefits of self-management, the current paper presents findings from a recently completed conversation analytic project, focusing specifically on the interaction between patients and instructors (nurses) during the patient education training sessions. Describing and comparing two prominent instructional practices, explicating their relative benefits and challenges with respect to the institutional goal of training the patients, the paper seeks to illustrate one way that interactional insights may be used to support the continued use and development of self-management in Denmark.

**Keywords:** #sygdomsspecifik patientuddannelse, #hjemmemonitorering og egenbehandling af kronisk sygdom, #sundhedsteknologi, #instruktion og læring, #konversationsanalyse

## Indledning

Brugen af selvmonitorering og egenbehandling, hvor patienter med kronisk sygdom skal overvåge og behandle deres egen sygdom derhjemme, er i de senere år blevet stadig mere udbredt i Danmark. En forudsætning for at flytte behandling ud af hospitalerne og ind i patienternes private hjem er imidlertid, at patienterne gives de nødvendige kompetencer til at kunne overtage det daglige ansvar for deres egen sygdom; fra at være passive modtagere af en sundhedsydelse skal patienterne gøres til kompetente (med)behandlere. I Danmark har det primære middel til at opnå dette været oprettelsen af sygdomsspecifikke patientuddannelsesprogrammer, hvorunder patienterne undervises i selv at udføre de opgaver, som ellers traditionelt udføres af sundhedsfagligt personale (Sundhedsstyrelsen 2006). Alligevel har tidligere forskning hovedsageligt søgt at dokumentere de samfundsøkonomiske og behandlingsmæssige fordele ved at indføre selvmonitorering / egenbehandling. I det omfang patientuddannelserne har været i fokus, har der især været tale om efterfølgende spørgeskema / interview-baserede undersøgelser af patienternes oplevelser eller tilfredshed med patientuddannelserne (Sundhedsstyrelsen 2009), mens den instruktion og læring, der finder sted under patientuddannelsesprogrammerne, i vid udstrækning er blevet ignoreret.

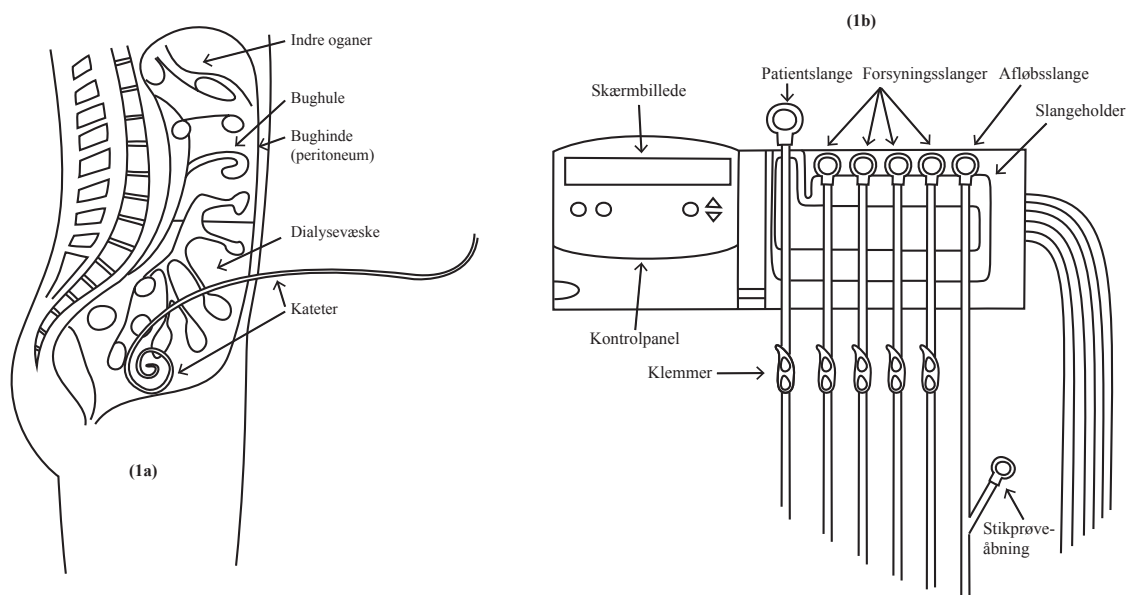
Denne artikel baseres imidlertid på indsigter fra et nyligt afsluttet forskningsprojekt, der vha. konversationsanalysen netop undersøgte interaktionen imellem patienter og undervisningsansvarlige fagpersoner (typisk sygeplejersker) under sådanne patientuddannelsesprogrammer (Larsen 2014). Med særlig fokus på situationer, hvorunder patienterne undervises i at anvende den sundhedsteknologi, der er nødvendig for at monitorere og behandle deres specifikke sygdom, søgte dette forskningsprojekt at identificere og beskrive de instruktionelle principper og praksisser, sygeplejerskerne anvender, samt at vise, hvordan disse hver især påvirker interaktionen – og herunder afdække eventuelle aspekter, der enten fremmer eller hæmmer patienternes deltagelse i undervisningen og dermed deres muligheder for læring. I den aktuelle artikel vil jeg tage udgangspunkt i to fremtrædende instruktionelle praksisser, der blev beskrevet under dette forskningsprojekt, nemlig fejlbaserede instruktionssekvenser, hvor sygeplejerskerne anvender patienternes egne, selvstændigt opståede fejl som instruktionel anledning, og fejl-

provokationssekvenser, hvor sygeplejerskerne fremmer forekomsten af bestemte fejl for at skabe særlige instruktionelle anledninger. Ved at sammenligne disse praksisser, ekspliciterer deres relative fordele og ulemper ift. det institutionelle mål om at dygtiggøre patienterne, og på denne baggrund formulere forslag til hvordan de kunne modificeres for at undgå nogle af deres mere uhensigtsmæssige (og utilsigtede) konsekvenser, vil jeg således illustrere én måde, hvorpå interaktionsforskningen kan bidrage til den fortsatte anvendelse og udvikling af selvmonitorering/egenbehandling i Danmark.

## Data

Det empiriske grundlag for forskningsprojektet var et longitudinalt korpus af videooptagelser fra to patientuddannelsesprogrammer for hhv. selvstyret antikoagulationsbehandling og hjemme-peritonealdialyse. I begge tilfælde blev 6 vilkårligt udvalgte patienter fulgt igennem deres patientuddannelsesforløb og alle deres træningssessioner med sygeplejerskerne optaget vha. multiple videokameraer. Dette resulterede i sammenlagt 110 timers optagelser, der ydermere blev suppleret med 5 ugers etnografisk feltarbejde, hvorunder der bl.a. blev indsamlet baggrundsinformation omkring de medicinske procedurer.

Figur 1: Automatiseret hjemme-peritonealdialyse



De praktiske omstændigheder, involverede risici samt mulige komplikationer omkring udførelsen af begge de to medicinske procedurer er teknisk komplekse. Omend alle indsigter er gældende for begge patientuddannelsesprogrammer (jf. Larsen 2014), har jeg derfor valgt i denne artikel udelukkende at vise eksempler fra peritonealdialyse-optagelserne. Af samme grund er det kun denne procedure, der illustreres (forrige side) og her kort beskrives.

Peritonealdialyse er en behandlingsmulighed for patienter med kronisk nyresvigt, hvor bughinden anvendes som et naturligt filter til at rense patientens blod. Behandlingsformen forudsætter, at patienten får indopereret et kateter (figur 1a), hvorigennem dialysevæske kan hhv. skubbes ind i og suges ud af bughulen. Under patientuddannelsen skal patienterne bl.a. lære at forberede og betjene en dialysemaskine (figur 1b), der kan gennemføre denne væskeudvekslingsproces automatisk.

### Fejlbaseret monitorering og provokerede fejl

Instruktion kan baseres på forskellige principper, fx 'quizzing' hvor spørgsmål, som underviseren allerede kender svaret på, anvendes til at teste eleverne (Lerner 1995); 'modeling' hvor underviseren demonstrerer en adfærd ved selv at udføre den uden nødvendigvis at henlede opmærksomheden på det (Pomerantz 2003); 'guiding' hvor underviseren dirigerer eleverne vha. verbale instruktioner, visuelle signaler eller fysisk manipulation af deres hænder/krop (Prentice 2007; Lindwall og Eckström 2012); og 'monitoring' hvor underviseren observerer eleverne, mens de forsøger at udføre en opgave, og om nødvendigt korrigerer deres adfærd (Lindwall og Eckström 2012). Sådanne principper er ikke nødvendigvis særskilte. Omend ét princip typisk er dominerende, kan de sameksistere efter behov inden for et undervisningsforløb. Tidligere studier har imidlertid vist, at valget imellem de forskellige instruktionelle strategier ikke blot tilpasses den aktuelle situation; det har også betydning for såvel underviserens adgang til elevernes forståelse af læringsmålet og kontrol over udførelsen af opgaven (Pomerantz 2003; Lindwall og Eckström 2012) som elevernes muligheder for at deltage i den instruktionelle aktivitet (Lerner 1995; Prentice 2007).

En gennemgang af optagelserne fra de to patientuddannelsesprogrammer viste, at monitorering udgør det dominerende instruktionelle princip deri. Overordnet set er undervisningen således

organiseret ved, at sygeplejersken starter med at give en indledende gennemgang af den medicinske procedure, hvor patienten bliver fortalt og vist, hvad han skal gøre. Det følges af en række på hinanden følgende forsøg fra patientens side på at udføre proceduren, hvorunder sygeplejersken monitorerer ham, indtil hun er sikker på, at han er i stand til at tage ansvar for sin egen behandling derhjemme – det er m.a.o. under patientens egne forsøg på at udføre den medicinske procedure, at hovedparten af den instruktionelle aktivitet finder sted. Ydermere viste gennemgangen, at den instruktion, der finder sted under disse patientudførelsesforsøg, hovedsageligt er baseret på forekomsten af fejl. Mens der herunder faktisk forekommer flere interaktionelle fænomener såsom spørgsmål, tøven eller andre signaler på usikkerhed, som sygeplejerskerne kan anvende som grundlag for at instruere patienten, så er det således patienternes egne fejl, der oftest anvendes som instruktionel anledning. Sagt anderledes: når patienterne udfører et aspekt af den medicinske procedure på en ukorrekt måde, så får sygeplejerskerne mulighed for at anvende fejlen som udgangspunkt for at korrigere patientens forståelse af det aktuelle aspekt og instruere ham i, hvordan det skal udføres.

Et eksempel (næste side) på dette kan observeres i det følgende datauddrag. Her har patienten (P) fundet de forskellige udstyrsdele, han skal bruge for, via sit kateter, at koble sig til dialysemaskinen. Sygeplejersken (S) sidder passivt med sine hænder over kors i skødet og observerer ham.<sup>1</sup>

I L1 bevæger patienten hånden frem imod patientslangen i holderen på forsiden af dialysemaskinen (#1a; jf. figur 1b), samtidigt med at han nævner, at det næste trin i udførelsen af proceduren efter hans mening er at tage fat i den. Under pausen i L2 begynder han at tage slangen ud af holderen. I samme øjeblik det bliver klart, at patienten ikke blot peger på patientslangen, men faktisk forsøger at fjerne den fra holderen, bryder sygeplejersken sin positur, løfter sin højre hånd op imod en flaske hospitalssprit på bordet over dialysemaskinen og skubber den over mod patienten (#1b). Samtidig fortæller hun, at han skal vaske hænder først (L3-4). Patienten viser, at han behandler dette som en korrektion, idet han omgående afbryder sit forsøg på at få fat i patientslangen og returnerer den til holderen.

Eks. 1: [APD:P1D2B2:3PTK]

1 P: å så (.) ^tog ↓man °d\*en de:r^→°  
^P:Rækker højre hånd frem mod slangeholder  
på dialysemaskine  
^P:Når patientslange ((1a))



2 (=) (^-^--)(=0.3)  
^P:tager fat om patientslange; spænder muskler; begynder  
trække slange ud af holder  
^S:Begynder at løfte højre hånd mod flaske med håndsprit

3 → S: ja→ ^S:å ska' du så ^lig' spritt' ^dine hænder  
^S:Tager fat om spritflasken; skubber den  
over mod P ((1b))  
^P:Standser forsøg på at tage patientslange;  
kigger op mod spritflaske  
^S:Slipper flaske igen  
^P:Returnerer patientslange til  
holder



4 → S: før[st ford]i  
5 P: [igen→ ]

6 → S: ja: >fordi nu har du været ind'< å::

7 → S: røre p:å dit sna[vsede ] tøj å så'n noget→ ·hhh  
8 P: [^°°°:kay\°°°]  
^P:Løfter begge hænder mod spritflaske

Sygeplejersken fortsætter sin tur med et *fordi*, men inden hun når at realisere den dermed projicerede forklaring, så producerer patienten i L5 et *igen*→ i overlap, der inviterer bekræftelse af behovet for at gøre dette. Sygeplejersken verificerer dette og genoptager så sin forklaring, hvori hun forklarer, hvorfor det er nødvendigt (L6-7). Patienten kvitterer med et *okay* i L8 og begynder så at række ud efter håndspritten for at udføre sygeplejerskens instruktioner.

I dette eksempel anvender sygeplejersken altså en patientfejl – tilmed én der endnu ikke er fuldt realiseret – som anledning til at korrigere og instruere patienten. Sygeplejersken forhindrer ikke blot den begyndende fejl i at udvikle sig; hun fortæller også patienten, hvad han skal gøre for at udføre proceduren korrekt, og forklarer, hvorfor det er nødvendigt.

Det er imidlertid ikke blot fejl, der opstår af sig selv i undervisningen, der anvendes som udgangspunkt for at instruere patienterne. Et andet fænomen, der kan siges at reflektere eller følge af deltagerens orientering imod fejlbaseret monitorering som det dominerende



instruktionelle princip i patientuddannelsesprogrammerne, er forekomsten af situationer, hvor spirende patientfejl fremmes for at skabe instruktionelle anledninger, som ellers ikke nødvendigvis ville opstå i træningssessionerne. I visse tilfælde forsøger sygeplejerskerne således at fremprovokere bestemte fejl for dermed at få lejlighed til at instruere patienterne i, hvordan mere ekstraordinære omstændigheder skal håndteres.

Sådanne fejlprovokationssekvenser kan både udvikles, ved at sygeplejerskerne passivt tilbageholder korrektion og instruktion, og ved at de aktivt opmuntrer patienterne til at gøre noget, der ultimativt vil resultere i fejl. Dette illustreres af det følgende datauddrag:

- Eks. 2: [APD:P1D2B2:2DVAFL] ((svagt simplificeret))
- 1 S: =·hhh så >nu: du monteret Så ska' du ha'< monteret dit <afløb>▼
  - 2 (=) (^-----1----) (=1.5)  
^P:Lader blikket vandre frem og tilbage over  
slangesæt og dialysemaskine
  - 3 P: ja→
  - 4 (0.5)
  - 5 P: å afløbet det var (=) (^-----^)=0.9)  
^P:Rækker højre hånd frem mod slanger  
^P:Tager fra i slangen længst til højre  
i holderen; begynder at løfte den
  - 6 P: det var den vi havd' her▼
  - 7 (=) (----1---) (=1.3)  
P:Flytter slangen imellem hænderne
  - 8 P: °ikk(e) sandt→°  
P:tager fat i stikprøvetuden på midten  
af slangen med begge hænder; holder  
den frem imellem sig selv og S
  - 9 (=) (----1-^----) (=1.7)  
^P:Kigger direkte på stikprøvetuden  
^S:Skubber underlære/kæbe til siden mod venstre ((2a))
  - 10 → S: ·hh ^↑Ska' du prøv' å sætt' denn' her ^på^→  
^S:Begynder at række højre hånd med plastikspyd frem mod P  
^P:Tager spyd fra S ((2b))  
^P:Kigger ned mod stik-  
prøvetud igen



Her er patienten lige blevet færdig med at tilslutte en pose med dialysevæske. I L1 initierer sygeplejersken den næste fase i klargøringen af maskinen, idet hun fortæller ham, at han skal montere

afløbet – en opgave, der involverer at tilslutte en forlængerslange til dialysemaskinens afløbsslange (jf. figur 1b) vha. et lille plastikspyd.

Allerede inden patienten med sit *ja* → i L3 kvitterer for sygeplejerskens påmindelse, begynder han (L2) at lade sit blik vandre hen over dialysemaskinen og holderen med slangesættet, som om han leder efter det rigtige udstyr til at udføre opgaven. Dette bekræftes af, at han i L5 indleder en ytring – å afløbet det var – hvori han netop forsøger at identificere, hvilken del af slangesættet der udgør afløbsslangen. Imidlertid fuldfører patienten ikke ytringen. I stedet rækker han under den følgende 0,9-sekunders pause sin hånd frem mod den slange, der sidder længst til højre i holderen. Da han får fat i slangen, genstarter han den sidste del af sin ytring og afslutter den ved at foreslå, at den slange, han nu har i hånden, er afløbsslangen: *det var den vi havd' her* ↘ (L6).

I og med patienten ikke alene griber ud efter slangen, men igennem sin ytring tillige verbaliserer sin forståelse af, hvilken del af det apparatur han har foran sig, der er involveret i udførelsen af det næste trin i den medicinske procedure, gør patienten samtidigt denne forståelse tilgængelig for sygeplejersken. Dermed udviser patienten en orientering imod den instruktionelle situation og det epistemisk-asymmetriske forhold imellem ham selv og sygeplejersken, dvs. sygeplejerskens epistemiske autoritet og sin egen ufuldstændige kunnen mht. udførelsen af proceduren (jf. Stivers et al. 2011). Dette understøttes af, at patienten – selvom han nu har valgt en slange – stadig markerer sit valg som tentativt. Således knytter han ved at konstruere sin ytring i præteritum tilbage til den foregående træningssession, hvor sygeplejersken instruerede ham i, hvordan afløbsslangen tilsluttes, og ligeledes anvender han pluralis-pronomet, *vi*, til at distribuere ansvaret for at identificere netop denne slange som afløbet (Hansen og Heltoft 2011:198,553). Derved gør patienten det relevant for sygeplejersken at tage stilling til hans valg af slange og inviterer hende til enten at bekræfte eller korrigere hans forståelse.

Patienten har faktisk god grund til at være usikker. Selvom han valgte den korrekte slange fra holderen, så har han nemlig ikke taget fat i den rigtige del af den. På afløbsslangen er der således to åbninger – den normale afløbsåbning for enden og en mindre stikprøve-åbning på midten (jf. figur 1). Den del, patienten har taget fat i og løftet op, er netop stikprøve-åbningen (#2a). Alligevel interve-



nerer sygeplejersken ikke. Selvom patienten synligt er på vej til at anvende den forkerte åbning og endda har inviteret hende til at bekræfte eller korrigerer hans forståelse, så reagerer hun ikke. End ikke da patienten efter 1,3 sekunders pause i L7 anvender et påhængsspørgsmål, *ikk(e) sandt*→, til at forfølge en respons, responderer hun. Omend sygeplejersken ikke eksplicit forholder sig til den forståelse, patienten fremviser, så ratificerer hun den stadig indirekte, idet hun i L10 rækker patienten det lille plastikspyd og opfordrer ham til at sætte det på (#2b). Ved at give patienten den udstyrsdel, han har brug for, for at kunne udføre opgaven, efter han har foreslået, at en forkert åbning udgør afløbsåbningen, så sanktionerer sygeplejersken således hans valg og giver ham grønt lys til at forsøge at forbinde forlængerslangen til stikprøve-åbningen (Koschmann og Zemel 2014:369). M.a.o. så faciliterer og tilskynder sygeplejersken patienten til at forfølge en ukorrekt fremgangsmåde, som uvægerligt vil resultere i fejl.

Dette eksempel fortsætter temmeligt længe, inden fejlen er fuldt realiseret. Imidlertid er der allerede i dette korte uddrag et klart indtryk af, hvordan sygeplejersken ikke blot venter på, at der opstår en fejl, hun kan anvende som grundlag for at instruere patienten, men reelt selv forsøger at fremme udviklingen og realiseringen af en begyndende fejl ved både passivt at tilbageholde korrektion og instruktion og aktivt at tilskynde patienten til at forfølge en ukorrekt fremgangsmåde. Således er der flere tegn på, at sygeplejersken er opmærksom på fejlen, og at hendes interaktionelle adfærd derfor ikke er udtryk for forsømmelighed, inkompetence eller ligegyldighed, men snarere er et bevidst valg. Et sådant tegn ses eksempelvis i, at sygeplejersken visuelt viser, at hun – selvom hun ikke responderer på patientens verbale forsøg på at eliciterer hendes assistance (L5-9) – er opmærksom på hans handlinger, og at hun betragter hans forståelse af den medicinske procedure som ukorrekt. Således skubber hun – da patienten i L9 holder stikprøve-åbningen frem imellem dem – hele sin kæbe og underlæbe sidelæns mod venstre på en tydeligt misfornøjet manér (jf. #2a). Endnu et tegn på, at sygeplejersken er opmærksom på fejlen, findes i konstruktionen af hendes verbale interaktionelle bidrag. Da hun i L10 opmuntrer patienten til at forsøge sig med den forkerte åbning, konstruerer hun således sin ytring vha. verbet, “prøve”. Dermed markerer hun den foreslåede fremgangsmåde som netop det – en

prøve eller et forsøg snarere end den rette løsning – og indekserer sit standpunkt ift. forsøgets fremtidige succes som værende langt fra optimistisk. Alt imens hun tilskynder den, så signalerer sygeplejersken altså også gennem både visuelle og turkonstruktionsmæssige midler, at hun ikke betragter den foreslåede fremgangsmåde som korrekt.

Om sygeplejerskerne baserer deres instruktion af patienterne på fejl, der opstår af sig selv, eller på fejl, hvis forekomst de har fremprovokeret, er ikke en uvæsentlig distinktion. Selvom der ved første øjekast ser ud til at være tale om sammenlignelige interaktionelle fænomener, nemlig fejl begået af patienten under dennes forsøg på at udføre den medicinske procedure, så er der – som vi skal se i det følgende afsnit – forskel på, hvilke opgaver og udfordringer deltagerne efterfølgende bliver stillet overfor i interaktionen.

### **Instruktionelle grundlag, praktiske opgaver og epistemiske udfordringer**

Om sygeplejerskerne anvender selvstændigt opståede fejl som grundlag for deres instruktion af patienterne, eller om de baserer instruktionen på fejl, hvis forekomst de har fremprovokeret i træningssessionerne, er ikke uvæsentligt. Omend tilsyneladende sammenlignelige, så har de forskellige instruktionelle grundlag således konsekvenser for, hvilke praktiske opgaver og epistemiske udfordring deltagerne bliver stillet overfor i den efterfølgende interaktion. Mens problemet i ordinære fejlbaserede instruktionssekvenser eksempelvis er umiddelbart tilgængeligt for patienten (jf. eksempel 1), så er der i instruktionssekvenser, baseret på provokerede fejl, ofte stor temporal og sekventiel afstand imellem patienternes udførelse af fejlen og indikationen af, at der er noget galt. Inden problemet i disse tilfælde kan afhjælpes, består en væsentlig ekstraopgave for patienterne derfor i at skulle lokalisere fejlen – og overhovedet indse, at der er en fejl at lokalisere. Dette illustreres af det følgende eksempel.

Forud for dette datauddrag har patienten monteret et slangesæt, tilsluttet en dialysevæskepose og sat dialysemaskinen til at gennemføre en selvtest, hvor den skyller slangesættet igennem for at sikre, at alt fungerer, inden den egentlige dialyse. Hvad patienten imidlertid ikke er klar over, er, at sygeplejersken har tilladt ham lave en fejl under klargøringen af maskinen. Således har patienten glemt at

åbne klemmen på den slange, han brugte til at tilslutte dialysevæskeposen. Det betyder, at maskinen ikke kan ekstrahere den væske, den skal bruge til at gennemføre selvtesten. Det er derfor udelukkende et spørgsmål om tid, før maskinen udløser en alarm:

Eks. 3: [APD:P3D3B5:4DV]

1 P: man ku' ta' kontrolbo^ksen a'→ eller >et ['ler andet<→  
^Dialysemaskinen udløser alarm; bipper  
kontinuerligt igennem hele uddraget ((3a))

2 S: [Ja→

3 (.)

4 P: jar→

5 (=) (---^-----1^-----2-----.^---3-----.^---4-) (=4.1)

^S:vender hoved mod dialysemaskine

^P:vender hoved mod maskine

^S:drejer rundt på stolen

^P:drejer stolen

6 P: °° (hm) °°

7 (0.3)

8 P: men (je') ha^r da- (0.4) l:ukke^t for de der (.) ^ventiler

^P:læner sig frem mod slanger ((3b))

^S:spidser læber ((3c))

^P:rækker venstre hånd  
frem mod slanger i  
holderen ((3d))

9 P: å det h^el' der→  
^P:inspicerer slangeklemmer  
én efter én

10 (=) (-----1-----.^-2-----.^---^-) (=2.8)

^P:rækker højre hånd frem

^P:tager fat om klemme

^P:spænder muskler ((3e))

11 S: Nu stâr d^er slanger å ^poser^

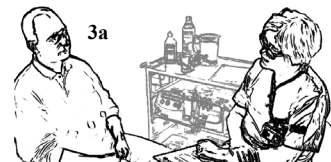
^P:slipper greb om klemme; trækker hænder til sig

^P:læner sig tilbage på stol

12 (.)

13 S: Så 'det den du har koblet ti'→ du må over å kigg' på^

14 P: l^°ja→°



Det sker efter knap 12 minutter. Her begynder maskinen at bippe højt, og samtidigt ændres beskeden på skærbilledet fra [fylder

slangerne] til [tjek slanger og poser]. Da sygeplejersken har anvendt mellemtiden på at undervise patienten i andre emner, sidder deltagerne på dette tidspunkt med ryggen til dialysemaskinen (#3a). Patienten udviser imidlertid ingen orientering imod alarmerne eller implikationerne deraf, nemlig at der er et problem med dialysemaskinen, som skal lokaliseres og afhjælpes. Selvom alarmerne lyder midt i hans tur i L1, så afslutter han sin ytring fuldstændigt uanfægtet (#3a), og i L4 kvitterer han endda for sygeplejerskens respons (L2). Faktisk er det ikke, før sygeplejersken i L5 reagerer på alarmerne, at patienten begynder at forholde sig til den, og selv da spejler han blot sygeplejerskens reaktion. Således er det først, da sygeplejersken drejer sit hoved mod maskinen, at patienten drejer sit hoved, og kun da sygeplejersken derefter snurrer rundt på stolen, begynder han også at dreje sin stol.

Ikke før de begge har front mod maskinen, begynder patienten at udvise selvstændigt initiativ. Her læner han sig frem og begynder at inspicere slangerne i holderen på forsiden af dialysemaskinen (#3b). Selvom han nu viser, at han forholder sig til alarmerne, protesterer han samtidig imod implikationen, at der er et problem med maskinen. Som han læner sig frem, producerer han således ytringen: *men (je') har da- (0.4) lukket for de der (.) ventiler å det hel' der*→ (L8-9). Med denne ytring verbaliserer patienten ikke blot sin opfattelse af, at problemet i denne fase af proceduren kunne have noget at gøre med klemmerne på slangerne. Han udtrykker samtidig sin forståelse af, hvordan maskinen bør være sat op for at fungere (klemmerne skal være lukkede) samt hans overbevisning om, at maskinen netop er sat sådan op (og at den dermed burde virke). Selvom patienten begynder at søge efter et problem, så modsætter han sig altså stadig implikationen om, at maskinen er blevet sat forkert op. Dette understøttes af, at patienten konstruerer sin ytring vha. et turindledende disjunktivt *men*, som markerer, at den er i kontrast med den handling, som den responderer på (dialysemaskinens alarm), og at han anvender det epistemiske adverbium, *da*, der retter sig imod og afviser en position, der (implicit) udtrykkes af den foregående handling (Heinemann 2009) – her: at der er noget galt med opsætningen af dialysemaskinen.

Da klemmen på den slange, der er forbundet til dialysevæskeposen, som nævnt skal være åben, er patientens forståelse af, hvordan maskinen bør være sat op ikke korrekt. Sygeplejersken viser,

at hun er klar over dette, idet hun – netop som patientens ukorrekte forståelse med det leksikalske element, *lukket*, bliver ubestridelig – ændrer sit ansigtsudtryk. Fra at have siddet med et svagt smil på læberne (jf. #3b), skubber hun nu sine læber frem i en spids (#3c), der intuitivt signalerer misbilligelse. Omend dette er tilgængeligt for patienten, giver han ikke nogen indikation af at bemærke det. I stedet fokuserer han fuldstændigt på opsætningen af dialysemaskinen. Da han med produktionen af *ventiler* i L8 nærmer sig ytringens første mulige afslutningspunkt, begynder han med sin venstre hånd at række frem mod de resterende slanger i holderen (#3d). Startende fra venstre tager han fat i hver enkelt slange og inspicerer klemmerne som for at bekræfte, at de er lukkede (L9-10). I mellemtiden sidder sygeplejersken helt stille med hænderne i skødet og observerer ham (#3d).

Til sidst når patienten den sidste slange i holderen – en forsyningsslange der ikke er i brug. Da ændrer han tilsyneladende sin opfattelse af, hvordan maskinen skal være konfigureret. Således vælger han, også at række sin højre hånd frem og placere den omkring klemmen, som om han gør sig klar til at trykke den åben (#3e). Idet denne slange ikke er sluttet til en dialysevæskepose, så skal dens klemme imidlertid forblive lukket for at forhindre dialysemaskinen i at suge luft ind i væskeudvekslingskredsløbet. Hvis klemmen åbnes, vil der derfor blive føjet endnu en fejl til dén, sygeplejersken lod patienten udføre.

På dette eksakte tidspunkt vælger sygeplejersken at reagere. Netop som patienten spænder musklerne for at trykke klemmen åben, tager hun turen og producerer ytringen: *Nu står der slanger å poser* (L11). Denne ytring refererer til en del af maskinens nye skærmbe-  
sked og fungerer dermed som en form for forsinket 'noticing', dvs. en påkaldelse af opmærksomhed mod noget i omgivelserne. Efter-  
som det at påkalde opmærksomhed mod noget i omgivelserne, der er umiddelbart tilgængeligt for begge deltagere, kan være en måde at udføre en 'complaint' (Schegloff 1988), signalerer sygeplejersken, at der er et problem, og eftersom hun producerer sin ytring netop, som patienten skal til at åbne klemmen, signalerer hun ydermere, at problemet har med denne handling at gøre.

Patienten viser, at han orienterer sig imod dette og behandler sygeplejerskens ytring som en korrektion, idet han med det samme slipper sit greb om klemmen (L11) og begynder at læne sig til-

bage på sin stol. I L14 producerer han ydermere et *ja*→, der inviterer sygeplejersken til at fortsætte. På det tidspunkt er sygeplejersken imidlertid allerede begyndt at uddybe sin tur med en instruktion til patienten om at rette sin opmærksomhed mod den slange, som er tilsluttet en dialysevæskepose (og som derfor ikke længere sidder i holderen).

Også her fortsætter den instruktionelle sekvens langt ud over, hvad det er muligt at vise. Igen er det dog allerede i disse få linjer muligt at se, at samtaledeltagerne orienterer sig imod en række ekstraopgaver som følge af brugen af en provokeret fejl som grundlag for instruktionen. Ud over patientens ovennævnte ekstraopgaver med at lokalisere problemet (og indse, at der er en fejl, der skal lokaliseres), kan man således se, hvordan sygeplejersken står over for at skulle både håndtere patientens forsøg på at tage sig af alarmen og samtidig undgå at afsløre over for ham, hvad eller hvor problemet er, men så vidt muligt lade ham arbejde sig igennem situationen på egen hånd.

Sygeplejerskens orientering imod dette kan observeres ud fra, at det først er, da patienten skal til at udføre en handling, der i sig selv ville udgøre en fejl, at hun reagerer. Indtil da observerer hun hans bestræbelser fuldstændigt passivt – også selvom han påviseligt (jf. L8-9) arbejder på grundlag af en ukorrekt forståelse af proceduren. Derudover kan det observeres ud fra, at sygeplejersken – selv da hun med sin ytring i L11 intervenserer – stadig ikke giver patienten løsningen, men fortsat lader ham selv lokalisere fejlen og regne ud, hvordan den skal afhjælpes. Selvom sygeplejersken stopper patienten fra at åbne den ubrugte forsyningsslange, korrigerer hun ham således ikke eksplicit (fx ved at forklare ham, at det ville introducere luft i væskeudvekslingskredsløbet). Ved at referere tilbage til fejlmeddelelsen på dialysemaskinen spoler hun i stedet den problem-løsningsproces tilbage, som patienten har gennemgået. Eftersom det (ud over alarmen) var fejlmeddelelsen, der ansporede patienten til at inspicere slangerne og klemmerne i holderen på forsiden af dialysemaskinen, giver sygeplejersken således patienten mulighed for at forfølge en anden retning i sin søgning efter problemet ved at bringe ham tilbage til dette punkt. End ikke da sygeplejersken i L13 opmuntrer patienten til at se på den specifikke slange, som er forbundet til dialysevæskeposen, fortæller hun ham eksplicit, hvad eller hvor problemet er. Idet der fortsat kan være flere ting galt med



den slange, peger hun ham blot i den rigtige retning ved at omdirigere hans opmærksomhed og indsnævre hans søgefelt.

Ud over de ekstraopgaver, som brugen af provokerede fejl påfører deltagerne, så kan man her også se, hvordan epistemiske og interpersonelle aspekter begynder at dukke op i interaktion, samt hvordan disse – særligt i kombination med patientens manglende viden om, at sygeplejersken har tilladt ham at lave en fejl – markant kan komplicere situationen og patientens forsøg på at arbejde sig igennem den instruktionelle sekvens. Eksempelvis kan man se patienten orientere sig imod at håndtere sit moralske ansvar for at have udført fejlen. Da han med sin ytring i L8-9 opponerer mod alarmens implikation, at der er noget galt med dialysemaskinens opsætning, forsvarer han samtidig sig selv imod den udvidede implikation, at det er ham, der har lavet en fejl. Det epistemiske adverbium, *da*, afviser således ikke blot en problematisk position i en tidligere tur; adverbiet frikender også taleren fra ethvert moralsk ansvar for den antydede problematiske adfærd og reprimanderer den forrige taler for at have introduceret denne position (Heinemann 2009). Da patientens ytring – selvom den responderer på alarmen – er produceret for sygeplejersken som det overhørende publikum, så skubber han dermed indirekte skylden over på hende. Imidlertid gør sygeplejersken intet for at afhjælpe de bekymringer omkring skyld og ansvar, patienten udviser. Blot anvender hun de førnævnte minimal-ændringer i sit ansigtsudtryk (jf. #3b-3c) til at sikre, at hun om nødvendigt senere vil kunne påkalde sig, at hun hele tiden var opmærksom på fejlen, og til dermed at håndtere sit eget professionelle ansvar for situationen (jf. eksempel 2).

Deltagernes orientering imod disse epistemisk-interpersonelle aspekter bliver mere udpræget i den videre interaktion (ikke illustreret) og komplicerer i stigende grad patientens forsøg på at tage sig af alarmen og arbejde sig igennem situationen. I det aktuelle tilfælde udvikler aspekterne sig til at blive så problematiske, at det i sidste ende er uklart, hvad (om noget) patienten egentlig lærer i af den instruktionelle anledning. Igennem de opgaver og udfordringer de stiller deltagerne overfor i interaktion, kan forskellige instruktionelle grundlag således influere og – som her – i værste fald hæmme patienternes mulighed for læring.

## Konklusion

I denne artikel har jeg anvendt indsigter fra et forskningsprojekt om instruktion og læring under sygdomsspecifikke patientuddannelser for kronisk sygdom til at eksemplificere, hvordan interaktive analyser og indsigter kan anvendes til at støtte og udvikle brugen af selvmonitorering/egenbehandling i Danmark. Således har jeg vist, hvordan to sammenlignelige instruktionelle praksisser kan skabe forskellige opgaver og udfordringer for deltagerne i interaktionen, samt hvordan disse kan udvikle sig til at blive så problematiske, at de ender med at komplicere patienternes mulighed for at forholde sig til den instruktionelle anledning og dermed risikerer at hæmme patienternes læring – en forskel, der dels skyldes afstanden mellem patienternes udførelse af fejlen og indikationen af, at der er noget galt, dels patienternes manglende viden om, at sygeplejerskerne har tilladt en fejl at udvikle sig.

Ved på denne vis at identificere og beskrive sygeplejerskernes aktuelle instruktionelle praksisser samt ekspliciterer deres konsekvenser for den efterfølgende interaktion var det muligt for forskningsprojektet at afdække de enkelte praksissers respektive fordele og ulemper ift. sundhedsvæsenets institutionelle mål om at dygtiggøre patienterne. Dermed skabte forskningsprojektet ikke blot opmærksomhed omkring den betydning, som interaktionen under patientuddannelserne har for patienternes mulighed for at lære og udvikle sig til kompetente medbehandlere; det bidrog også med et konkret, empirisk funderet grundlag for at formulere forslag til at modificere praksis, så undervisningen optimeres.

Mht. de her beskrevne instruktionelle praksisser søgte forskningsprojektet at bibeholde sygeplejerskernes brug af provokerede fejl (der som tidligere nævnt har særlig anvendelse i forhold til at skabe instruktionelle anledninger, hvorunder sygeplejerskerne kan undervise patienterne i, hvordan de skal håndtere mere ekstraordinære omstændigheder, der ellers ikke nødvendigvis opstår undervejs i patientuddannelsernes træningssessioner), samtidigt med at det søgte at undgå eller minimere de observerede epistemisk-interpersonelle udfordringer, som fejlprovokationssekvenserne i øjeblikket påfører patienterne. På den baggrund foreslog forskningsprojektet bl.a. at lade patienterne vide, at de er i en situation, hvor der er et problem, der skal lokaliseres og afhjælpes. Patienterne behøver ikke nødvendigvis at blive informeret om, nøjagtig hvilken

fejl der er blevet fremprovokeret, ligesom de ikke behøver at blive instrueret i, hvordan fejlen skal korrigeres. Imidlertid vil patienterne – hvis de bliver fortalt, at der er en fejl – få mulighed for i langt højere grad at fokusere på de praktiske aspekter omkring at arbejde sig igennem den problematiske situation, håndtere den provokerede fejl og udføre den medicinske procedure.

## Referencer

- Hansen, Erik og Heltoft, Lars. 2011. *Grammatik over det danske sprog* (vol. 1-3). København: Syddansk Universitetsforlag.
- Heinemann, Trine. 2009. "Two answers to inapposite inquiries." I *Conversation analysis: Comparative perspectives*, redigeret af Jack Sidnell, 159-186. Cambridge: Cambridge University Press.
- Jefferson, Gail. 2004. "Glossary of transcript symbols with an introduction." I *Conversation analysis: Studies from the first generation*, redigeret af Gene H. Lerner, 13-31. Philadelphia: John Benjamins.
- Koschmann, Timothy og Zemel, Alan. 2014. "Instructed objects." I *Interacting with objects: Language, materiality and social activity*, redigeret af Maurice Nevile, Pentti Haddington, Trine Heinemann og Mirka Rauniomaa, 357-377. Amsterdam: John Benjamins.
- Larsen, Tine. 2014. "That's the only way you'll learn! Social and interactional aspects of instruction and learning in patient education programmes for self-management of chronic disease". Ph.d.-afhandling. Syddansk Universitet.
- Lerner, Gene H. 1995. "Turn design and the organization of participation in instructional activities." *Discourse Processes* 19:111-131.
- Lindwall, Oskar og Ekström, Anna. 2012. "Instruction-in-interaction: The teaching and learning of a manual skill." *Human Studies* 35(1):27-49.
- Pomerantz, Anita. 2003. "Modeling as a teaching strategy in clinical training: When does it work?" I *Studies in language and social interaction: In honor of Robert Hopper*, redigeret af Phillip Glenn, Curtis D. LeBaron og Jenny Mandelbaum, 381-391. Mahwah, New York: Lawrence Erlbaum.
- Prentice, Rachel. 2007. "Drilling surgeons: The social lessons of embodied surgical learning." *Science, Technology & Human Values* 32(5):534-553.

- Schegloff, Emanuel A. 1988. "Goffman and the analysis of conversation." I *Erving Goffman: Exploring the interaction order*, redigeret af Paul Drew, 89-135. Oxford, UK: Polity & Northeastern University Press.
- Stivers, Tanya, Lorenza Mondada og Jakob Steensig. 2011. "Knowledge, morality and affiliation in social interaction." I *The morality of knowledge in conversation*, redigeret af Tanya Stivers, Lorenza Mondada og Jakob Steensig, 3-24. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sundhedsstyrelsen. 2006. *Patienten med kronisk sygdom: Selvommontering, egenbehandling og patientuddannelse*. København.
- Sundhedsstyrelsen. 2009. *Patientuddannelse: En medicinsk teknologivurdering*. København.

### Noter

- 1 Uddraget er transskriberet iht. Jefferson's (2004) konventioner. Dog markeres afsluttende intonation vha. stigende [↗], fortsættende [→] og faldende [↘] pile. Visuelle aspekter er angivet under den auditive transskriptionslinje og koordinationen markeret med [^]. Ved pauser angives hvert deci-sekund med [-]; hele sekunder med det tilsvarende tal; og halve med [.].